

# 記入例

子ども医療費受給者資格認定申請書・更新申請書

記入した日付

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請

次のとおり、子ども医療の受給資格の認定を（申請・更新申請）すること、並びに給付を受けた医療について、法令等により医療費の助成を受けたときは、尾道市が直接当該給付すべき

（申請・更新申請）について調査される  
 度により当該医療  
 更新時も含む。）

お子さんの父または母のうち、  
 生計中心者（児童手当受給者）の  
 名前を記入

日中連絡の  
 とれる番号

お子さんの保険証のコピーを添付  
 （保険証がまだできていない場合は、  
 空欄にしておいてください）

申請者	(ふりがな) <b>おのみち たろう</b>		住所		加入保険の状況						
	氏名 <b>尾道 太郎</b>		尾道市 <b>〇〇町△△番地</b>		保険の種類	1 国保 2 組合 3 全管 4 日雇 5 船員 6 共済					
	個人番号	電話 (〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)				記号番号	お子さんの保険証のコピーを添付 （保険証がまだできていない場合は、 空欄にしておいてください）				
	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	生年月日 <b>S00・00・00</b>	配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無		被保険者氏名					

対象の子ども	(ふりがな) <b>おのみち いちろう</b>		性別	生年月日	続柄	住 所				
	氏名 <b>尾道 一郎</b>		<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	<b>H・R 〇〇・〇〇・〇〇</b>	<b>子</b>	<b>同上</b>				
	個人番号									

※尾道市以外に 〇〇 年1月1日以前に住所を有していた場合に記入  
 尾道市子ども医療費助成 規定に基づく事務を処理するために限り、確認することが必要な  
 地方税関係情報が本市以外から他の行政機関から地方税関係情報を取得することに同意し  
 ます。  
 氏名（署名） **尾道 太郎** 〇〇 年 1月1日の住所 **××市□□町〇〇番地**

申請者の名前  
 を記入

前年・本年1月1日時点の住所が  
 尾道市以外の場合に記入

申請の理由等  1 出生のため 2 転入してきたため ( 年 月 日 ) 3 保険に新たに加入したため ( 年 月 日 ) 4 その他 ( )

※記名押印に代えて、署名することができます。  
 \*は記入しないでください。  
 転入の場合は、2に〇をつけ、転入日を記入

*市 審 査 欄	交付年月日	受給者番号	有効期間		所得制限額	控除後の所得額	受給資格
	年 月 日		年 月 日から	年 月 日まで	円	円	有 ・ 無
	年分 所得の合計額	雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等 掛金控除額	障害者控除額 障 人・特障 人	高齢者・寡婦・寡夫 ・勤労学生控除額	児童手当施行令 第3条第1項による控除
	円	円	円	円	円	円	80,000円